

Schizofrenia cenestetyczna – opis przypadku leczenia risperidonem w iniekcjach o przedłużonym działaniu

Cenesthopathic schizophrenia – a case study of the treatment with risperidone long-acting injection

Sławomir Murawiec

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Rozpoznanie schizofrenii obecnie opiera się najczęściej na potwierdzeniu występowania powtarzających się epizodów psychozy typu paranoidalnego z typowymi urojeniami odnoszącymi, odosłonięcia i prześladowczymi. Niektórzy autorzy sugerują wyróżnienie w obrębie grupy zaburzeń schizofrenicznych także innych postaci tej choroby. Jedną z najsłabiej poznanych tego typu form jest schizofrenia somatopsychiczna (opisana przez Maurycego Bornsztajna) lub schizofrenia cenestetyczna (opisana przez Gerda Hubera). Huber opisał w 1957 roku taką formę schizofrenii, którą w ciągu całego przebiegu charakteryzują nieprawidłowe doznania cielesne, powiązane bardzo ściśle z zaburzeniami afektu. Objawy mają charakter zmienny, pojawiają się niekiedy napadowo, a typowe objawy wspomniane powyżej pojawiają się tylko przejściowo i nie wysuwają się na plan pierwszy. Doznania cielesne to przede wszystkim ból, który relacjonuje 100% chorych, oraz medycznie niewyjaśnione symptomy występujące z tą samą częstością. Poza tym występują objawy doznań elektrycznych i termicznych, desomatyzacji, dotyczące ruchów, sztywności i podobne. W pracy zaprezentowano przypadek schizofrenii cenestetycznej, która wystąpiła u 35-letniego Rosjanina. Od początku leczenia jedynymi objawami były dramatycznie brzmiące skargi na doznania cielesne, przede wszystkim ból, co w początkowym okresie leczenia prowadziło do powtarzających się, lecz bezskutecznych interwencji pogotowia i hospitalizacji na oddziałach ogólnych. W wyniku leczenia risperidonem o przedłużonym działaniu objawy, takie jak ból i niewyjaśnione symptomy somatyczne, ustąpiły całkowicie.

Słowa kluczowe: schizofrenia cenestetyczna, risperidon w iniekcjach o przedłużonym działaniu

NAJWAŻNIEJSZE

W praktyce klinicznej spotykamy przypadki schizofrenii cenestetycznej, w których dominują skargi na doznania somatyczne. Risperidon w iniekcjach o przedłużonym działaniu może być skutecznym sposobem leczenia takich chorych.

HIGHLIGHTS

Cases of cenesthopathic schizophrenia with predominant physical complaints are present in clinical practice. Risperidone long-acting injections (RLAI) can be effective treatment in such cases.



Sławomir Murawiec
Doktor nauk medycznych, specjalista psychiatrii, psychoterapeuta Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP, specjalista psychiatrii środowiskowej. Autor ponad 100 publikacji, w większości dotyczących integracji wiedzy neurobiologicznej i psychoterapeutycznej w praktyce psychiatrycznej. Autor wielu publikacji na temat indywidualnych, psychologicznych i subiektywnych aspektów zastosowania leków psychotropowych. Redaktor naczelny „Psychiatrii”.

ABSTRACT

The diagnosis of schizophrenia in contemporary psychiatry is based in most cases on confirmation of psychotic episode as paranoid with characteristic features as persecutory delusions as well as delusions of reference. Some authors described other types of schizophrenia which are important in the context of this paper as somatosensory schizophrenia (M. Bornshtajn) or cenesthetic schizophrenia (G. Huber). According to Huber in this form predominant symptoms are somatic complaints with disturbed mood. In those cases pain and medically unexplained somatic symptoms are present in nearly all cases and that can sometimes cause diagnostic problems for physicians. More obvious psychotic symptoms as thermic or electric sensations are easier diagnosed as psychotic experiences. The paper presents the case of 35-year-old man of Russian origin with cenesthetic schizophrenia successfully treated with risperidone long-acting injections. In this case all his sensations as pain and unexplained somatic symptoms were resolved with this medication.

Key words: cenesthopatic schizophrenia, risperidone long-acting injection

WSTĘP

Pisząc na temat schizofrenii cenestetycznej, trudno nie zgodzić się z opinią Wichowicza i Cabały [9], którzy uważają, że w psychiatrii istnieją pojęcia jakby z bocznego toru, które nie są w pełni opisane, nie doczekały się precyzyjnych definicji, a w procesie diagnostycznym przesuwały się do kategorii „nieokreślone inne zaburzenia”. Zdaniem cytowanych autorów takim pojęciem jest właśnie schizofrenia **cenestetyczna** (lub inaczej **cenestopatyczna**) oraz w pewnym zakresie odpowiadająca tym pojęciom postać **somatopsychiczna** schizofrenii [9]. Postacie schizofrenii kryjące się pod przytoczonymi wyżej nazwami są przedmiotem prezentowanej tu pracy.

W odniesieniu do rzadko i w sposób niespójny opisywanych postaci choroby można byłoby dodać jeszcze jedno pytanie – o **praktyczną zasadność ich opisywania**. Byłoby to pytanie, czy w takim razie istnieją praktyczne, kliniczne przesłanki uzasadniające konieczność wyodrębniania takich podtypów choroby, skoro istnieją szersze i lepiej zdefiniowane jej postacie (w odniesieniu do schizofrenii przede wszystkim jej postać paranoidalna). W mojej opinii tak. W tym kontekście chciałbym przytoczyć przykład pacjenta, szerzej opisany w dalszej części pracy, cierpiącego na cenestetyczną postać schizofrenii. Chory został skierowany do zespołu leczenia domowego (ZLD) i w trakcie pierwszej wizyty lekarskiej w jego domu w sposób dramatyczny wypowiadał tylko jeden rodzaj skarg – na dolegliwości somatyczne. Z bardzo silną ekspresją emocjonalną skarżył się, że boli go „żołądek”, „wątroba”, „głowa”. Siła przekazu tych skarg była bardzo

duża, a jednocześnie pacjent nie wypowiadał żadnych innych treści pozwalających na nawiązanie z nim kontaktu w odniesieniu do treści psychopatologicznych i spraw życiowych. Wobec tak dramatycznych skarg pacjenta tylko dwie informacje powstrzymały lekarza od natychmiastowego wezwania pogotowia. Po pierwsze – poprzedzająca skierowanie do ZLD karta informacyjna leczenia szpitalnego ze szpitala psychiatrycznego, zawierająca rozpoznanie schizofrenii oraz informację, że w trakcie całego pobytu chory skarżył się na „chorobę wątroby”. Po drugie – późniejsza w stosunku do poprzedniej karta informacyjna pobytu w szpitalu ogólnym niepotwierdzająca somatycznego podłoża zgłaszanych skarg. W tym przypadku obie te informacje pokierowały postępowaniem w taki sposób, że objawy ujawniane przez pacjenta zostały uznane za wynikające z cierpienia natury psychotycznej, a nie somatycznej. W dalszym ciągu leczenia rozpoznanie schizofrenii cenestetycznej było podstawą także do zmiany leku przeciwpsychotycznego o przedłużonym działaniu na inny, co przyniosło pacjentowi znaczną ulgę w odczuwanych dolegliwościach i spowodowało między innymi zaprzestanie skarg na dolegliwości bólowe. W opisanej sytuacji pozwoliło ono na prawidłowe zakwalifikowanie skarg wypowiedzianych przez pacjenta, a w dalszej kolejności na wdrożenie leczenia uwzględniającego jako kontekst rozpoznanie takiej właśnie, a nie innej postaci schizofrenii.

SCHIZOFRENIA CENESTETYCZNA

W podręczniku *Psychiatria kliniczna* [1] Tadeusz Bilikiewicz odnosi się do omawianego tematu w następującym

kontekście: „Tutaj należą również nie tak rzadkie przypadki opisane przez Borna pod nazwą schizofrenii somatopsychicznej. Przyjęły się nazwy *schizophrenia hypochondriaca* lub (G. Huber, 1871) *schizophrenia coenesthetica*. Obraz kliniczny przepełniony tu jest licznymi i nader uporczywymi, czasami wręcz dziwnymi urojeniami hipochondrycznymi, które zazwyczaj służą choremu do zamaskowania niechęci do pracy i degradacji. Jest to hipochondryczna postać schizofrenii. Przypadki, które mogą doprowadzić do rozpaczki nie znających diagnostyki psychiatrycznej lekarzy ogólnych i internistów, uważać trzeba za zespół o typie *paranoia hypochondriaca*, wyrosły na podłożu schizofrenii prostej.” [1, s. 211].

Powyższa wypowiedź wskazuje, że zdaniem Bilikiewicza opisywana tu postać schizofrenii należy do schizofrenii prostej, a pojęcia schizofrenii somatopsychicznej i cenestetycznej traktowane są przez niego synonimicznie [1, 9]. Co interesujące, uważa on tę postać schizofrenii za nie tak rzadką, choć zgodnie z ówczesnym poziomem rozwoju nauki nie precyzuje jej rozpowszechnienia. Wskazuje on także na zagadnienie opisane we wstępie tej pracy, mianowicie na praktyczną istotność adekwatnego zakwalifikowania skarg pacjenta, co pozwala uniknąć „bycia doprowadzonym do rozpaczki”.

Przytoczone wyżej pojęcie schizofrenii somatopsychicznej, zwanej hipochondryczną, zostało wprowadzone przez polskiego psychiatrę Maurycego Borna (1874–1952). W podręczniku psychiatrii wydany w 1948 r. opisuje on tę postać następująco: „Jeżeli od zespołu, stanowiącego osobowość, w pewnym momencie życia odczepiają się (zazwyczaj dzieje się to nagle) uczucia organiczne, występuje wskutek tego obraz kliniczny, w którym na pierwszy plan wysuwają się swoiste urojenia, dotyczące wyłącznie własnego ciała, natomiast objawy ogólne, jak zaburzenia skojarzeniowe, nie uwydatniają się wcale. Chorzy tacy zwykle są zupełnie przytomni, zorientowani pod każdym względem, rozmowni (zwłaszcza na temat własnej choroby), skarżą się – i skargom tym towarzyszy silny afekt depresyjny – że coś się w nich odmieniło, że nie czują się sobą, nie czują tej czy innej części ciała, że wszystko się przekręciło, że nie mogą trawić, że w piersiach i brzuchu mają pustkę etc. Stan taki trwać może od kilku tygodni do kilku lat i doprowadza do pewnej zmiany trwałej w osobowości.” [2, s. 209–210].

Wichowicz i Cudała [9] jako główne cechy schizofrenii somatopsychicznej w opisie Borna wskazują: pojawienie się przede wszystkim urojeń hipochondrycznych (z możliwością występowania iluzji i omamów), poten-

cjalną nieobecność objawów osiowych schizofrenii oraz afekt depresyjny, który towarzyszy skargom pacjenta. Schorzenie to ma mieć charakter przewlekły, choć czasami może być pierwszą fazą choroby, doprowadzającą do późniejszego zaostrzenia. Wichowicz i Wiśniewski [7] oraz Wichowicz, Wiśniewski i Cudała [8] przeprowadzili także analizę rozumienia schizofrenii somatopsychicznej w definicji T. Bilikiewicza, poglądach A. Kępińskiego oraz opisie M. Borna. Wskazali, że pierwszy z tych autorów używa zawężonych i ograniczonych do powikłania epigenetycznego schizofrenii prostej definicji schizofrenii somatopsychicznej (i synonimicznie przez niego rozumianej cenestetycznej).

Pojęcie schizofrenii cenestetycznej zostało wprowadzone przez Gerda Hubera w 1957 r. [3]. Jego definicja tej postaci choroby wskazuje na występowanie w trakcie całego jej przebiegu doznań somatycznych zwykle bardzo blisko związanych z zaburzeniami afektywnymi. Często obecne są objawy wegetatywne, ruchowe i czuciowe, natomiast typowe objawy psychozy w przebiegu schizofrenii są ograniczone do krótkich epizodów [3–5, 9]. Zdaniem Hubera ta postać choroby ma nieostre granice i może przenikać się z innymi formami choroby.

Huber oparł swoją koncepcję na odmiennych podstawach niż opisane wyżej podejście Borna czy Bilikiewicza, będące wynikiem obserwacji klinicznej opisywanego przez tych autorów obrazu schizofrenii. Wichowicz i Cudała [9] piszą w odniesieniu do konceptualizacji tego autora: „Koncepcja schizofrenii cenestetycznej w swoich początkach powiązana jest z poszukiwaniami dotyczącymi prodromalnych objawów schizofrenii w jak najwcześniejszych fazach schorzenia”. Huber wprowadził w latach 50. koncepcję tzw. objawów podstawowych (*basic symptoms*) obecnych w fazie zwiastunowej i prodromalnej schizofrenii. I właśnie w tym kontekście pojawiają się cenestezje jako niespecyficzne doznania ze strony ciała, mające charakter pierwotny, a nie wynikające z przekonań nerwicowych, hipochondrycznych czy urojeń. W związku z tym sposobem myślenia skonstruowano Boński Inwentarz Oceny Objawów Pierwotnych (*Bonn Schedule for the Assessment of Basic Symptoms*), w którym cenestezje tworzą ważną kategorię. Szczegółowe i dogłębne omówienie tych zagadnień w języku polskim przedstawili w swojej pracy Wichowicz i Cudała [9].

Samo słowo *cenestezja* (*coenesthesia*) zostało użyte w doktoracie Johanna Christiana Reila [4] i zdefiniowane jako sposób, w jaki dusza jest informowana o stanie ciała za pośrednictwem rozpowszechnionych w nim nerwów. Na potrzeby tej pracy można przyjąć, że słowo *cenestezja*

odnosi się do odczuwania własnego ciała, natomiast *cenestopatia* – do nieprawidłowych odczuć w tym zakresie. Cenestopatia nie zyskała należytego jej miejsca w słowniku psychiatrycznym, m.in. z tego względu, że znaczące postacię decydujące o kształcie nowoczesnej psychiatrii nie posługiwały się tym pojęciem. Jak w przypadku wielu zjawisk obecnych w obserwacji klinicznej, ale o nieujednoliconej terminologii, różni autorzy dostrzegali je, jednak opisywali pod różnymi nazwami. Jenkins i Röhricht [4] podają w tym kontekście opisy C. Wernickego czy K. Jaspersa, a z mniej znanych postaci R. Lemkego i I. Glatzera. Autorzy ci odnosili się do tych procesów (odczuwania ciała), jednak wprowadzali własną terminologię i własne koncepcje. Należy także wspomnieć o wątku francuskim opisów cenestopatii, jako że E. Dupre i P. Camus w pracy *Les cenestopaties* opublikowanej w 1907 r. wprowadzili pojęcie cenestopatii jako objawu choroby psychicznej i patologicznych doznań pochodzących z ciała.

Jenkins i Röhricht [4] zwracają także uwagę na fakt ważny w kontekście przytoczonego w tej pracy opisu przypadku, że o ile schizofrenia cenestetyczna nie była szeroko opisywana w piśmiennictwie anglo-amerykańskim, o tyle przeciwna sytuacja miała miejsce w literaturze rosyjskojęzycznej. Wskazują oni, że w tym obszarze językowym istnieje obfita tradycja znajdująca odzwierciedlenie w szerokim rozpoznawaniu tej formy schizofrenii w Rosji i krajach byłego Związku Radzieckiego. Wskazują także na ograniczoną literaturę w odniesieniu do opisywanego tematu w krajach Europy Środkowej i Japonii. Wydaje się, że tak jak autorzy anglojęzyczni nie są świadomi dorobku myśli polskiej, czego odzwierciedleniem jest to, że nie wspominają w swojej publikacji o M. Bornsztajnie, tak zarówno w naszym, jak i zachodnioeuropejskim kręgu kulturowym nie jest szerzej znany dorobek badaczy i klinicystów rosyjskojęzycznych w tym zakresie.

ROZPOWSZECHNIENIE, OBJAWY I CECHY PRZEBIEGU KLINICZNEGO

Rozpowszechnienie schizofrenii cenestetycznej w populacji klinicznej próbowali oszacować Wichowicz i Wiśniewski [7], analizując przyjęcia do Kliniki Chorób Psychiczych w Gdańsku. W oparciu o kryteria schizofrenii somatopsychicznej Bornsztajna uzyskali wyniki wskazujące na bardzo niskie rozpowszechnienie tego zaburzenia, na poziomie 0,05% przyjęć. Zastosowanie koncepcji Hubera do tej samej populacji hospitalizowanych podwyższyło powyższy wskaźnik do 0,2%. W innej pracy Wichowicz i Cubała [9] konkludują w związku z tym, że ta postać schizofrenii jest bardzo rzadko spotykana w prak-

tyce szpitalnej. Podkreślają za Bilikiewiczem [1], że chorzy ci mogą nie być traktowani jako chorujący na schizofrenię i cytują prace Grossa i Hubera (cyt. za [9], s. 168): „chorzy z psychozami endogennymi, u których dominują doznania bólowe oraz zaburzenia czucia, przy nasilonej manifestacji tych objawów, często bywają błędnie diagnozowani jako cierpiący na schorzenia somatyczne, co prowadzi do wdrożenia nieadekwatnego leczenia oraz zmniejsza szanse na uzyskanie remisji psychozy”.

W polskim piśmiennictwie Michalak i wsp. [6] z Katedry i Kliniki Psychiatrii w Lublinie opisali przypadek 46-letniego pacjenta, u którego rozpoznali schizofrenię somatopsychiczną. Pacjent ten został skierowany do kliniki m.in. z powodu jadłowstrętu, bólów żołądka po posiłku, nudności i został przyjęty w stanie niedożywienia i odwodnienia (BMI 14), ze skargami w rodzaju „wczesnej pełni po posiłkowej” i „nadwrażliwości żołądka”. W trakcie pobytu w szpitalu dominowały skargi somatyczne, zblednięcie afektu oraz zachowania i wypowiedzi stereotypowe. Leczenie obejmowało perazynę 400 mg/24 h i chlorprotiksen 15 mg/24 h. Oznaką poprawy w momencie wypisu było stwierdzenie pacjenta, że „na żołądka wszystko w porządku”.

Z kolei Röhricht, Gudi i Lewis-Fernández [5] opisali cztery przypadki pacjentów leczonych w wyspecjalizowanym ośrodku terapii zaburzeń pod postacią somatyczną, którzy zostali ostatecznie zdiagnozowani jako cierpiący na schizofrenię cenestetyczną. Wszyscy opisani w tej pracy pacjenci byli imigrantami do Zjednoczonego Królestwa (pochodzili z Gambii, Litwy, Somalii i Bangladeszu). Opis dokonany przez tych autorów wychodzi z pozycji zwrócenia uwagi na medycznie niewyjaśnione objawy fizyczne (*medically unexplained physical symptoms*), których doświadczali wszyscy ci pacjenci. W każdym z opisanych przypadków występował okres skarg na przeróżne objawy cielesne, które były diagnozowane jako choroby somatyczne (np. zespół jelita drażliwego), zaburzenia psychiczne (depresja, zaburzenia lękowe i obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia snu, somatogeny ból przewlekły), ale też opisywane jako objawy trudne do wyjaśnienia oraz objawy bólowe. Leczenie w powyższych sytuacjach obejmowało risperidon 4 mg/24 h oraz olanzapinę do 15 mg/24 h. Jak zauważają ci autorzy [5] w każdym z przypadków, przez znaczną część czasu wszyscy czterej pacjenci nie ujawniali innych objawów mogących sugerować zaburzenie psychiczne niż jakościowo zmienione doznania cielesne, np. uderzenia ciepła, dziwne doznania termiczne itd. Toteż zdaniem autorów w ocenie medycznie niewyjaśnionych objawów fizycznych powinna być brana pod uwagę możliwość

ich występowania zarówno w prodromie schizofrenii, jak i w przebiegu schizofrenii cenestetycznej.

Dominujące objawy psychopatologiczne w schizofrenii cenestetycznej były oceniane także w grupach obejmujących większą liczbę pacjentów, np. w badaniu Bräuninga i wsp. [4]. Autorzy ci przebadali 16 osób z tym podtypem choroby, użyli do tego *Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms* (BSABS). Stwierdzili występowanie następujących objawów: ból (100% przypadków), niezdefiniowane objawy (100%), desomatyzacja (68,8%), doznania elektryczne i termiczne (62,5%), doznania ruchowe (50%), drętwienie i sztywność (56,3%). Można odnotować, że o ile różne dziwne i nieprawidłowe doznania w tej grupie chorych (jak wrażenie działania prądów, fal termicznych, doświadczenia depersonalizacyjne, doznania opróżnienia wnętrza ciała, zmiany kształtu lub proporcji ciała) mogą od razu kierować myśl klinicysty w kierunku zaburzeń psychicznych, o tyle inne objawy (jak ból, sztywność, uczucie ciężkości i inne medycznie niewyjaśnione symptomy) mogą nie budzić takich skojarzeń i kierować dalsze działania w kierunku diagnostyki stanu somatycznego.

OPIS PRZYPADKU

Spotkanie autora tej pracy z postacią schizofrenii, w której osoba chora ujawniała wyłącznie skargi na dolegliwości cielesne, miało miejsce w ramach pracy zespołu leczenia domowego. 35-letni pacjent narodowości rosyjskiej został wypisany z oddziału całodobowego Instytutu Psychiatrii i Neurologii z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej i z zaleceniem przyjmowania haloperidolu depot w dawce 100 mg (2 ampułki) co 14 dni. W trakcie pierwszej wizyty lekarskiej pacjent skarżył się wyłącznie na dolegliwości somatyczne, a czynił to w sposób niezwykle sugestywny. Były to skargi na to, że boli go „żołądek”, „wątroba”, „głowa”, że ma duszności oraz trudności w wypróżnianiu. Żaden inny temat nie wystąpił w trakcie tej rozmowy. Jak już wspomniano, wyłącznie dwie bezpośrednio poprzedzające objęcie opieką karty informacyjne (psychiatryczna oraz ze szpitala ogólnego, w której rozpoznano wyłącznie nadciśnienie tętnicze) stanowiły przesłanki przeciwko natychmiastowemu wezwaniu pogotowia ratunkowego. Konsultacja z zespołem terapeutycznym potwierdziła trafność tej decyzji. W trakcie kolejnej wizyty pacjent skarżył się na bóle brzucha, bóle w klatce piersiowej, duszność i utrzymujące się trudności w wypróżnianiu. Ujawniał w jej trakcie także element zaburzeń afektu, mówiąc, że jest mu smutno, co wiązało z dolegliwościami somatycznymi. W efekcie ujawniał się obraz kliniczny z dominującymi skargami somatycznymi

oraz obniżeniem nastroju, zgodny z przytoczonymi wyżej opisami schizofrenii cenestetycznej. Podczas kolejnej wizyty lekarza zastano pacjenta w chwili wzywania pogotowia ratunkowego. Pacjent został przez pogotowie zawieziony do izby przyjęć szpitala ogólnego, skonsultowany i odesłany do domu, ponieważ lekarz konsultujący nie stwierdził wskazań do hospitalizacji.

W związku z potwierdzeniem psychotycznego charakteru skarg pacjenta oraz znacznym stopniem cierpienia związanego z prezentowanymi objawami, które nie ustępowało pomimo podawania iniekcji haloperidolu, podjęto decyzje o zmianie leczenia na risperidon w postaci iniekcji o przedłużonym działaniu 37,5 mg/24 h (czerwiec 2013 r.). Leczenie to przyniosło wyraźne złagodzenie skarg pacjenta i zmniejszenie jego cierpienia. Po 2 miesiącach (sierpień 2013 r.) pacjent w trakcie wizyt lekarskich przestał zgłaszać dolegliwości bólowe, mówił wręcz, że już nic go nie boli. Natomiast wyraźnemu odślonięciu uległy objawy z kręgu afektywnego w postaci obniżenia nastroju, apatii, bezczynności. Jednak niezależnie od tego faktu pacjent przestał zgłaszać w tak dramatyczny sposób swoje cierpienie. Doznania bólu, duszności, doświadczone przez niego poprzednio tak żywo, ustąpiły. Podjęto próbę leczenia doustnym lekiem przeciwdepresyjnym, jednak pacjent odmówił jego przyjmowania.

Dokładna historia terapii pacjenta była trudna do ustalenia, ponieważ był on leczony zarówno w USA, gdzie przebywał przez kilka lat, jak i poprzednio w Rosji. Prawdopodobnie pierwszy epizod psychozy miał miejsce w kraju pochodzenia, gdy pacjent miał 19 lat. W notatce lekarz prowadzący stwierdził, że pacjent „słyszał wtedy głosy, był pobudzony”. Kolejne hospitalizacje miały miejsce prawdopodobnie już w trakcie pobytu w USA. Ostatnia hospitalizacja psychiatryczna w Instytucie Psychiatrii i Neurologii odbyła się bezpośrednio przed objęciem pacjenta opieką. W jej trakcie chory „podtrzymywał swoje przekonania o chorobie wątroby, negując wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych” oraz „odmawiał przyjmowania leków doustnych”. Został wypisany z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. W karcie informacyjnej brak danych na temat typowych dla zespołu paranoidalnego urojeń. Poprzednio przebywał w Klinice Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii Centralnego Szpitala Klinicznego, skąd został wypisany z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego i schizofrenii paranoidalnej.

Charakterystyczne dla przebiegu choroby u opisywanego tu pacjenta było to, że w pewnych okresach zgłaszał on wyłącznie objawy pochodzące z ciała, w innych zaś pojawiały się treści paranoidalne, co zbliża go raczej do

obrazu klinicznego schizofrenii cenestetycznej niż somatopsychicznej (na podstawie porównania dokonanego przez Wichowicza i Cubałę w 2010 r.). Przykładowo: dokumentacja medyczna leczenia pacjenta zawiera dane na temat leczenia ambulatoryjnego w okresie marzec 2011 r. – październik 2011 r., a więc przed objęciem opieką przez aktualnie zajmujący się nim zespół. Wpisy lekarza prowadzącego z tego czasu wskazują, że w pierwszej ze wskazanych dat pacjent „skarży się na bóle brzucha, rąk, osłabienie, zaprzecza treściom wytwórczym”, natomiast w ostatniej „twierdzi, że jest nerwowo chory, potrzebuje leków uspokajających, ludzie go drażnią, przyglądają mu się, są mu niechętni”. Zatem w pewnym okresie ujawniał on wyłącznie objawy cenestetyczne, by w innym ujawniać bardziej typowe objawy paranoidalne.

Ten krótki opis kliniczny pokazuje pewne charakterystyczne cechy schizofrenii cenestetycznej jako obrazu klinicznego, który można napotkać w praktyce klinicznej. Może także wskazywać na zasadność podejmowania prób leczenia w kontekście takiego rozpoznania.

ZAKOŃCZENIE

Przedstawiona praca jest zapisem wystąpienia konferencyjnego. Celem wystąpienia było zaprezentowanie takiej postaci choroby, w której doznania lub urojenia pochodzące z ciała (lub dotyczące ciała) dominują w obrazie klinicznym. U podstaw tego doniesienia leży konkretne zdarzenie kliniczne (objęcie opieką pacjenta), którego opis przedstawiono powyżej. Odmienny od typowego obrazu klinicznego był tym, co zwróciło uwagę i zaowocowało przytoczoną prezentacją. Głównym celem tej pracy jest zatem zwrócenie uwagi na taką opcję w obrębie szerokiej kategorii diagnostycznej, jaką jest schizofrenia. Jej uwzględnienie może mieć znaczenie praktyczne dla prawidłowego procesu diagnostyki różnicowej i leczenia osób z tą postacią choroby.

Praca zaprezentowana na konferencji: Międzyośrodkowe Warsztaty Interdyscyplinarne: Diagnoza różnicowa urojeń typu somatycznego. Zakład Psychologii Lekarskiej CMUJ. Kraków 13.09.2013 r.

PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz T. *Psychiatria Kliniczna*. PZWL, 1980: 211.
2. Borsztajn M. *Wstęp do psychiatrii klinicznej dla lekarzy, psychologów i studentów*. Wyd. II. Łódź, Księgarnia Ludowa, 1948.
3. Huber G. *Die coenästhetische schizophrenie*. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 1957; 25: 491-520.
4. Jenkins G, Röhrlich F. *From cenesthesias to cenesthopatic schizophrenia: a historical and phenomenological review*. *Psychopathology* 2007; 40: 361-368.
5. Röhrlich F, Gudi A, Lewis-Fernández R. *Medically unexplained physical symptoms masking (cenesthopatic) schizophrenia: a case series*. *Journal of Psychiatric Practice* 2010; 16(4): 258-264.
6. Michalak M, Lekan M, Japola-Januszewska M et al. *Schizofrenia somatopsychiczna – opis przypadku*. *Current Problems of Psychiatry* 2012; 13(2): 73-76.
7. Wichowicz H, Wiśniewski G. *Zasadność posługiwania się pojęciem schizofrenii somatopsychicznej lub cenesthopatycznej w świetle analizy materiału chorych leczonych w I Klinice Chorób Psychiczych AMG w latach 1989-1999*. *Przegląd Lekarski* 2003; 60(10): 525-629.
8. Wichowicz H, Wiśniewski G, Cubała W. *Somathopsychic (cenesthopatic) schizophrenia: anamnestic and case series study*. *Neurology Psychiatry and Brain Research* 2005; 12: 135-140.
9. Wichowicz HM, Cubała WJ. *Postaci somatopsychiczna i cenestetyczna schizofrenii: podobieństwa i różnice*. *Psychiatria Polska* 2010; 45: 163-172.

Adres do korespondencji:

Sławomir Murawiec
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9